

Kieslich, Mandy

Die Prävention von Essstörungen im Kindes-  
und Jugendalter

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2014

Kieslich, Mandy

Die Prävention von Essstörungen im Kindes-  
und Jugendalter

eingereicht als  
BACHELORARBEIT  
an der  
HOCHSCHULE MITTWEIDA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES  
Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2014

Erstprüfer: Prof. Dr. rer. nat. habil. Busse

Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. Ehlert

# **Inhaltsbeschreibung**

Die Bachelorarbeit befasst sich mit den Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Dabei wird auf die Symptome, Diagnosekriterien und Ursachen eingegangen.

Im zweiten Teil der Arbeit werden Präventionsmöglichkeiten erläutert. Der Schwerpunkt liegt bei der Primärprävention. Anhand der erarbeiteten Schwerpunkte, werden Anwendungsmöglichkeiten der primären Prävention herausgearbeitet.

Der Schwerpunkt dieser Bachelorarbeit liegt auf einer intensiven Literaturrecherche. Anhand der ermittelten Problemstellung, sollen Merkmale und Einsatzgebiete erfolgreicher Primärprävention erarbeitet werden.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Essstörungen	6
2.1 Anorexia nervosa (Magersucht)	6
2.1.1 Definition	6
2.1.2 Epidemiologie	7
2.1.3 Diagnose und Symptome	8
2.2 Bulimia nervosa (Ess-Brechsucht)	10
2.2.1 Definition	10
2.2.2 Epidemiologie	10
2.2.3 Diagnose und Symptome	11
2.3 Erklärungsansätze von Essstörungen	13
2.3.1 Ursachen	13
2.3.1.1 Familiendynamische Erklärungsansätze	13
2.3.1.1.1 Anorexia nervosa	14
2.3.1.1.2 Bulimia nervosa	15
2.3.1.2 Soziokultureller Erklärungsansatz	16
2.3.1.3 Persönlichkeitsmerkmale	17
2.3.1.4 Auslösende Faktoren	18
3. Prävention	19
3.1 Definition	19
3.2 Primärprävention	19
3.2.1 Merkmale erfolgreicher Primärprävention	20
3.2.2 Zielgruppen	22

3.2.2.1 Kinder und Jugendliche	23
3.2.2.2 Eltern, pädagogische Fachkräft	25
3.2.3 Präventionsprogramme	25
3.2.3.1 PriMa – Programm	26
3.2.3.2 Prävention von Essstörungen – Ein Trainings- programm zum Einsatz an Schulen	29
3.2.3.3 Zusammenfassung der Programme	31
4. Fazit	33
Literaturverzeichnis	35

# **1. Einleitung**

Essstörungen sind ein Phänomen der heutigen Überflussgesellschaft. Das Erreichen, des Idealgewichts und den Schönheitsidealen, sind die Ziele der Mädchen und jungen Frauen. Dies sind jedoch nicht die einzigen Ursachen, die eine Entwicklung einer Essstörung begünstigen. Hier muss man sich die Frage stellen, ob es die eine Ursachen gibt.

Trotz hoher Dunkelziffer, gehören die Essstörungen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Um diese Zahlen zu senken, ist die Prävention ein großer Bestandteil der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Dabei stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten der Prävention es gibt und wie diese umgesetzt werden kann. Meinen Fokus werde ich dabei auf die primäre Prävention richten.

Im ersten Teil der Arbeit werde ich mich mit den Essstörungen auseinandersetzen. Dabei beschreibe ich die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa, gehe auf Symptome, Diagnosekriterien und Erklärungsansätze ein. Ich habe mich für diese Essstörungen entschieden, da diese, trotz hoher Dunkelziffer, zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Jugendalter zählen.

Im zweiten Teil der Arbeit, werde ich auf die Prävention von Essstörungen eingehen. Dazu erkläre ich im ersten Teil, den Begriff Prävention und setze mich anschließend mit der Primärprävention auseinander. Dabei werde ich auf Merkmale einer erfolgreichen Prävention eingehen und die Zielgruppen beschreiben. Zum Schluss beschreibe ich zwei Präventionsprogramme zum Thema Essstörungen und werte diese, durch erarbeitete Kriterien für eine erfolgreiche Prävention, aus.

Da der Anteil erkrankter Mädchen und Frauen viel höher als der von Männern ist, werde ich mich in der Arbeit vor allem auf weibliche Betroffene beziehen.

## **2. Essstörungen**

Die bekanntesten Essstörungen, sind die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa. Allerdings gibt es eine Vielzahl mehr. Dazu zählen z.B. Subtypen der bereits genannten Essstörungen oder die Binge – Eating – Disorder. Eine Abgrenzung zwischen den Krankheitsbildern ist nicht klar zu erkennen, sie gehen häufig ineinander. (vgl. Hölling, Schlack 2007, S. 794)

„Das Leben der Betroffenen dreht sich zwanghaft um das Essen oder das Nicht-Essen. Unbeschwertes Genießen, gesunder Appetit und Hunger sind ihnen fremd. Essen ist verbunden mit Scham- und Schuldgefühlen, der Angst zuzunehmen und dem Empfinden zu versagen. Nicht – Essen dagegen bedeutet Stolz, Unabhängigkeit und Macht über den eigenen Körper. Das subjektive Wohlbefinden wird von der Kontrolle des Esssverhalten abhängig gemacht. Das Essen ist vom Lebensmittel zum Lebensmittelpunkt geworden“ (Stenhilbers, Becker 1998, S.21). Dieser Abschnitt beschreibt die Lage der Betroffenen. Im folgendem möchte ich darauf näher eingehen und auch die Abgrenzungen zwischen den von mir gewählten Essstörungen zeigen.

### **2.1 Anorexia nervosa (Magersucht)**

#### **2.1.1 Definition**

„Der Begriff «Anorexia» stammt aus dem griechischen und bedeutet wörtlich soviel wie Appetitlosigkeit; mit dem Zusatz «nervosa» ist gemeint, dass das Phänomen «nervlich» bzw. psychisch bedingt ist“ (Vandereycken, Meermann 2000, S.17).

Der Begriff Appetitlosigkeit ist jedoch nicht treffend, da die Betroffenen nicht an Appetitlosigkeit leiden, sondern dieses Gefühl unterdrücken. Dadurch kann es zum Verlust von Appetits-, Hunger- und Sättigungsgefühl kommen. (vgl. Vandereycken, Meermann 2000 S. 17)

1669 wurde die Magersucht erstmals von dem Londoner Arzt Richard Morton beschrieben (vgl. Fichter 2007, S. 950). Der Begriff Anorexia nervosa wurde im 19. Jahrhundert geprägt. Sir William Gull (englischer Arzt) und Charles Laségue (französischer Internist) gelten als Entdecker dieses Krankheitsbilds. Laségue beschreibt erstmals typische Merkmale der Krankheit, wie Krankheitsverleugnung und Überaktivität. Ab den 60er Jahren beschäftigten sich unter anderem Jürgen Habermas (Philosoph und Soziologe), Mara Selvini Palazzolis (italienische Psychoanalytikerin) und Hilde Bruch (deutsch-amerikanische Ärztin, Psychoanalytikerin und Expertin für Essstörungen) damit. (vgl. Habermas 2008, S. 5-6)

### 2.1.2 Epidemiologie

In der weiblichen Adoleszenz zählt die Magersucht zu den dritthäufigsten chronischen Erkrankungen. Die Prävalenzrate liegt bei 0,3 – 1%. Besonders gefährdet sind Models, Leistungssportlerinnen und Tänzerinnen. Bei diesen Berufsgruppen liegt die Rate wesentlich höher. (vgl. Herpertz-Dahlmann, Schwarte 2011, S. 722)

Die Anorexie ist ein typisches Krankheitsbild der Pubertäts- und Adoleszenzphase und wird bei Mädchen ab 10 Jahren beobachtet. Das Verhältnis von jungen Männern zu jungen Frauen beträgt dabei eins zu zwölf. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 33) Der Erkrankungsgipfel liegt laut verschiedener Literaturangaben durchschnittlich bei 16 Jahren.



### 2.1.3 Diagnose und Symptome

Zum Erarbeiten der Diagnosekriterien und Symptome habe ich das ICD – 10 gewählt, da es ein weltweit bekanntes Klassifikationssystem ist und ständig überarbeitet und auf den aktuellen Stand gebracht wird.

Die Anorexia nervosa findet man im ICD – 10 unter dem Code F50.0 bei den „Verhaltensauffälligkeiten und körperlichen Störungen und Faktoren“. Das ICD ist ein weltweit anerkanntes Diagnoseklassifikationssystem der Medizin und wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgebracht. In diesem Buch ist festgelegt, wann man von einer Anorexie spricht und welche Symptome vorliegen müssen.

Die Diagnostischen Kriterien einer Anorexia nervosa bestehen aus fünf Merkmalen. Diese werde ich im folgendem nennen und erläutern.

Das erste Diagnosekriterium besteht darin, dass das Körpergewicht der Betroffenen mindestens 15% unter dem erwarteten liegt oder der BMI 17,5 oder weniger beträgt. Um diesen Zustand herzustellen, verzichten sie auf hochkalorische Nahrungsmittel. Hinzu kommt mindestens eins der folgenden Maßnahmen: Erbrechen, körperliche Aktivität im hohen Maße oder der Gebrauch von Appetitzüglern oder Abführmitteln. Außerdem besteht eine Körperschemastörung, die sich darin äußert, dass die Betroffenen enorme Angst vor einer Gewichtszunahme haben und ein sehr geringes Idealgewicht für sich selbst festlegen. Diese Maßnahmen werden als zweites Diagnosekriterium aufgeführt. (vgl. Teufel, Zipfel 2008, S. 15) Die Körperschemastörung ist ein weiteres Symptom. Anorektikerinnen leben immer mit dem Gedanken, zu dick zu sein. Sie versuchen immer mehr Gewicht zu verlieren und schlanker zu werden, dabei finden sie ihren Körper nie gut genug und entdecken ständig neue Problemzonen. Ihre Gedanken drehen sich ständig um das Thema Essen und Kalorien und ihr Tagesablauf wird danach ausgerichtet. Außerdem leben sie nach festen Strukturen und Regeln. So nehmen sie z.B. nur Nahrungsmittel zu sich, die wenige Kalorien haben und verzichten auf Zucker und Fett. (vgl. Vandereycken, Meermann 2000, S. 18) Nach und nach werden Nahrungsmittel

verboten und Mahlzeiten ausgelassen, das Hungergefühl wird unterdrückt und nach außen abgestritten. Die Betroffenen sind stolz darauf, ihren Körper zu beherrschen und die Bedürfnisse zu unterdrücken. Erstaunlich ist, dass die Betroffenen trotz stetiger Gewichtsabnahme, Leistungsfähiger in z.B. Schule oder Beruf sind. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 36f.) Sie gönnen sich keine Ruhepausen und sind immer in Bewegung. Dies geht soweit, dass sie nicht einmal mehr ruhig liegen können. (vgl. Vandereycken, Meermann 2000, S. 18)

Zu den Diagnosekriterien einer Anorexia nervosa gehört auch, das ausbleiben der Menstruation bei Frauen. Ein weiteres Kriterium ist die verzögerte oder auch gehemmte pubertäre Entwicklung, wenn die Magersucht vor Beginn der Pubertät auftritt. Dazu zählen z.B. Wachstumsstopp oder fehlende Brustentwicklung. (vgl. Teufel, Zipfel 2008, S. 15)

Neben den im ICD-10 aufgeführten Symptomen gibt es noch weitere körperliche Merkmale, welche als Diagnosekriterien in Frage kommen. Dazu gehören unter anderem Störungen des Herz-Kreislauf-Systems wie z.B. Hypotonie, langsamer Puls, Durchblutungsstörungen oder Herzrhythmusstörungen. Dermatologische Störungen wie Haarverlust, trocken Haut oder Flaumhaar gehören genauso dazu wie Anämie, Gicht oder Knochenstoffwechselstörungen. (vgl. Brunner, Schulze, Resch 2012, S. 656)

Wichtig ist auch, dass die Betroffenen oft kein Krankheitsbewusstsein haben und Hilfe strikt ablehnen (vgl. Pudel, Westenhöfer 1998, S. 218)

## **2.2. Bulimia nervosa (Ess-Brechsucht)**

### **2.2.1 Definition**

Das Wort Bulimie kommt aus dem griechischen und bedeutet „Ochsenhunger“. Mit diesem Wort werden Heißhungerattacken, Essanfälle oder auch Fressanfälle beschrieben. (vgl. Pudel, Westenhöfer 1998, S. 232) Diese wiederholen sich ständig und sind charakteristisch für dieses Krankheitsbild. Dabei werden vor allem hochkalorische Nahrungsmittel in kürzester Zeit heruntergeschlungen. Nach diesen Anfällen wird Erbrechen ausgelöst, damit das Essen nicht im Körper bleibt und somit eine Gewichtszunahme verhindert wird. (vgl. Brunner, Schulze, Resch 2012, S. 665)

Das Krankheitsbild der Ess-Brechsucht wurde 1979 von Gerald Francis Morris Russel (britischer Psychiater) erstmals beschrieben (vgl. Fichter 2007, S. 950). Sie ist, im Vergleich zur Magersucht, eine psychosomatische Erkrankung, die es noch nicht sehr lange gibt, bzw. noch näher erforscht werden muss (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 53).

### **2.2.2 Epidemiologie**

Studien haben ergeben, dass etwa 0,5 – 3,0 % der Frauen im Alter von 15 – 30 Jahre die Diagnosekriterien einer Bulimia nervosa aufweisen. Der Erkrankungsgipfel liegt hier bei 18 – 19 Jahren. Dies liegt daran, dass die Bulimie meist eine Folgeerkrankung der Magersucht ist. Das heißt, vor der Bulimie hatte die Betroffene bereits anorektische Phasen. (vgl. Fichter 2007, S. 951) Außerdem muss man davon ausgehen, dass das Alter des Erkrankungsgipfels sinkt. Laut Studien mit jungen Frauen im Alter von 8 – 23 Jahren, liegt der Häufigkeitsgipfel bei 16 – 17 Jahren. Das Verhältnis Frauen zu Männern beträgt bei der Bulimia nervosa 6 – 10 zu 1. (vgl. Brunner, Schulze, Resch 2012, S. 665)

### 2.2.3 Diagnose und Symptome

Zum Erarbeiten der Diagnosekriterien einer Bulimia nervosa, werde ich mich ebenfalls an dem Klassifikationssystem ICD – 10 orientieren. Diese findet man unter dem Code F50.2.

Das Hauptmerkmal einer Anorexie ist die andauernde Beschäftigung mit dem Essen. Hinzu kommt, dass der Betroffene ein ständiges Verlangen nach Nahrung hat und dieses Verlangen mit wiederkehrenden Essanfällen kompensiert. Dabei werden hochkalorische Nahrungsmittel in sehr kurzer Zeit verschlungen. (vgl. Jacobi, Paul, Thiel 2004, S. 6) Studien zu Folge haben die meisten Bulimiepatienten täglich eine Heißhungerattacke. Dabei handeln ca. 60% der Betroffenen sehr unkontrolliert und essen alles durcheinander. Allerdings werden die Essanfälle oft von den Betroffenen geplant. Sie gehen dafür einkaufen und versuchen alles so zu koordinieren, damit sie bei einer Attacke nicht gestört werden. Durch die Menge und die hohe Kalorienzahl der Nahrungsmittel, kommen die Erkrankten bei einem solchen Anfall auf 3000 bis 4000 Kalorien. In dieser Situation werden die Lebensmittel bevorzugt, die sie im Alltag meiden. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 39 – 42) Durch die hohen Ausgaben für Lebensmittel, kommt es auch dazu, dass Bulimiepatienten stehlen oder schulden haben (vgl. Brunner, Schulze, Resch, 2012, S. 666).

Das zweite Diagnosekriterium äußert sich darin, dass die Betroffenen versuchen, das viele Essen, schnellstmöglich wieder los zu werden. Um dem dickmachenden Effekt dieser Mengen entgegenzusteuern, wenden sie verschiedene Maßnahmen an. Dazu gehört Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Hungerphasen zwischen den Essattacken, oder der Gebrauch von Mitteln wie Appetitzügler, Schilddrüsenpräparate oder Diuretika. (vgl. Jacobi, Paul, Thiel 2004, S. 6) Diese Maßnahmen erfolgen geplant und bei einigen Betroffenen mehrmals hintereinander, z.B. mehrmaliges selbstherbeigeführtes Erbrechen. Außerdem kann es dazu kommen, dass verschiedenen Maßnahmen kombiniert werden, z.B. selbstinduziertes Erbrechen und die Einnahme von Appetitzüglern oder Abführmitteln. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 40f.)

Ein weiteres Symptom der Ess-Brechsucht ist, genau wie bei der Magersucht, die Körperschemastörung. Die Betroffenen denken immer, dass sie zu dick sind und haben große Angst vor einer Gewichtszunahme. (vgl. Jacobi, Paul, Thiel 2004, S. 6) Erstaunlich jedoch ist, dass Bulimiepatienten meist ein normales Körpergewicht haben. Dadurch wird die Erkrankung oft erst sehr spät entdeckt. Die Betroffenen schätzen sich meist viel dicker ein als andere gleichgewichtige Frauen sich einschätzen. (vgl. Pudel, Westenhöfer 1998, S. 233) Es gibt Bulimikerinnen, die sich mehrmals täglich auf die Waage stellen und Bulimikerinnen, die ihr Gewicht nicht wissen wollen. Außerdem setzen sie sich eine sehr niedrige Gewichtsgrenze. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 41)

Das vierte Diagnosekriterium laut ICD – 10 ist, dass viele Betroffene bereits vorher Symptome einer Anorexie haben. (vgl. Jacobi, Paul, Thiel 2004, S. 6)

Menschen mit einer Bulimie vermeiden das Essen in Gruppen. Dies führt oft zur Isolation der Betroffenen. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 42) Wenn es doch zu einem gemeinsamen Essen kommt, gibt es zum einen Betroffene, die nur sehr wenig Nahrung zu sich nehmen und zum anderen Betroffene, die normal essen. Nach dem Essen, werden jedoch sofort Maßnahmen ergriffen, die das schnelle Ausscheiden der Nahrungsmittel ermöglichen. Diese werden heimlich gemacht. (vgl. Vandereycken, Meermann 2000, S. 24)

Oft verheimlichen die Betroffenen ihre Krankheit aus Scham oder Schuldgefühlen. Die Entdeckung der Krankheit von vertrauten Personen empfinden die meisten jedoch als Erleichterung. (vgl. Vandereycken, Meermann, S. 23)

Durch das gestörte Essverhalten, kommt es im Verlauf der Erkrankung auch zu körperlichen Schäden. Dazu zählen, Verletzungen an den Händen und der Speiseröhre sowie Zahnschäden. Diese Schäden entstehen durch ständig wiederholtes selbstinduziertes Erbrechen. Außerdem kann es z.B. zu Menstruationsstörungen, Hypotonie, Herzrhythmus- oder Durchblutungsstörungen kommen. Hinzu kommt, dass Bulimiepatienten oft vergrößerte

Speicheldrüsen haben und das Gesicht sehr rund ist. (vgl. Brunner, Schulze, Resch 2012, S. 666)

## **2.3. Erklärungsansätze von Essstörungen**

### **2.3.1 Ursachen**

Essstörungen können durch soziokulturelle, familiendynamische, genetische und individuelle Faktoren entstehen. Dabei kann keins dieser Ansätze als alleinige Ursachen gesehen werden. Diese vier bereits genannten Erklärungsansätze basieren auf einem multidimensionalen Modell. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 53)

Im folgendem werde ich die Ursachen und Risikogruppen beschreiben. Auf den genetischen Erklärungsansatz werde ich nicht näher eingehen, da dieser gegeben ist und nicht verändert werden kann.

#### **2.3.1.1 Familiendynamischer Erklärungsansatz**

Querschnittsuntersuchungen ergaben, dass eine gestörte Kommunikation und unsichere Bindungen innerhalb der Familie sowie gestörte familiäre Interaktionsmuster zu den Ursachen zählen, durch die eine Essstörung entstehen kann (vgl. Jacobi, Paul, Thiel 2004, S. 24).

Familien mit einem Essgestörten Mitglied, zeigen nach außen oft ein harmonisches und gut funktionierendes Familienleben. Wenn man jedoch tiefere Einblicke in die Familie bekommt, erkennt man die Konflikte und Probleme. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 63)

#### 2.3.1.1.1 Anorexia nervosa

Für die erkrankten Mädchen, spielt die Familie oft eine sehr wichtige Rolle, da sie meist noch bei ihren Eltern leben und in der Pubertät sind. Die Betroffenen fühlen sich jedoch oft überbehütet, eingeengt und bevormundet. Die Anorexie und die damit verbundenen Kontrolle über ihren Körper, vermittelt ihnen das Gefühl eigene Entscheidungen treffen zu können und der Kontrolle zu entkommen. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 65)

Menschen mit einer Anorexie kommen verstärkt aus der oberen Mittel- oder Oberschicht. Das Familienleben wird nach außen hin als intakt dargestellt. Außerdem sind die Familien aufstiegs- und leistungsorientiert. Der Vater spielt in dieser Familie eher eine untergeordnete Rolle, da die Mutter die dominierende Person ist und alles unter Kontrolle hat. Die Mutter kümmert sich in diesen Familien meist um die Kinder und deren Erziehung. Sie war früher meist selbst erfolgreich im Beruf und ist sehr leistungsorientiert. Ihre Arbeit hat sie jedoch für die Familie aufgegeben und kümmert sich gewissenhaft und aufopfernd um ihre Kinder. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 64f.) Die Mutter versucht für eine harmonische Atmosphäre zu sorgen, vermeidet Streitigkeiten und Auseinandersetzungen und umsorgt ihre Familie. Ihr Ziel ist es, ihren Kindern gute Manieren bei zu bringen. Außerdem ist ihr ein gepflegtes Äußeres der Kinder und gute schulische Leistungen wichtig. (vgl. Gerlinghoff 2001, S. 66) Der Vater ist meist berufstätig und erfolgreich. Er achtet auf gutes Aussehen, Fitness und Schönheit. Seine Kinder werden nach schulischen Leistungen beurteilt. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 65) Der Vater liebt seine Kinder, überlässt die Erziehung jedoch der Mutter (vgl. Gerlinghoff 2001, S. 68).

Durch diese Werte- und Normenvermittlung sind die späteren Patienten oft angepasst, bescheiden, hilfsbereit, höflich, freundlich und haben sehr gute schulische Noten (vgl. Gerlinghoff 2001, S.66).

Laut Bruch liegt das Problem in diesen Familien häufig darin, dass die Mitglieder nicht über ihre Gefühle sprechen und Konflikte nicht lösen. Dadurch kommt es zu Spannungen in der Familie. Außerdem sehen die Mädchen und jungen Frauen den Erfolg der Eltern als Ansporn. Sie wollen ihnen nacheifern und beweisen, dass sie ebenfalls erfolgreich sind. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 64)

Bruch sagt auch, dass diese Beschreibungen wahrscheinlich auf viele erfolgreiche Familien der Mittel- und Oberschicht zutreffen. Jedoch sind die Merkmale in Familien mit einem magersüchtigen Mitglied meist viel ausgeprägter. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 64f.)

#### 2.3.1.1.2 Bulimia nervosa

Auch Bulimiepatienten kommen zum großen Teil aus Familien der oberen Schichten. Der Unterschied ist, diese Familien sprechen die Konflikte an. Bei diesen Auseinandersetzungen werden jedoch keine Lösungen für die Probleme gefunden, sondern es kommt zu Beschuldigungen und Abwertungen. Dadurch wissen die Betroffenen nicht, wie sie später mit Konflikten umgehen und reagieren sollen. Die Kombination von unzureichender Konfliktfähigkeit und extremer Fremdbestimmung kann später zu einer ständigen Idealanpassung (z.B. Schlankheitsideal) führen. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 66)

Typisch für Familien, mit einem an Bulimie erkrankten Mitglied, ist Gewalt in der Familie. Dazu zählt sowohl körperliche als auch sexuelle Gewalt. Hinzu kommt, dass bei mindestens einem Elternteil eine Suchterkrankung oder Persönlichkeitsstörung besteht. In der Familiengeschichte von Bulimiepatienten findet man verstärkt, Trennungen, Kontaktabbrüche, Scheidungen oder andere Beziehungsverluste. (vgl. Brunner, Schulze, Resch 2012, S. 669)



### 2.3.1.2 Soziokultureller Erklärungsansatz

Essstörungen treten häufig in westlichen Industrieländern auf, sowie in einer Gesellschaft die von westlicher Kultur geprägt ist. Hinzu kommt, dass die Erkrankung vor allem in der weißen Mittel- und Oberschicht zu finden ist. (vgl. Herpertz-Dahlmann, Schwarte 2011, S. 723)

Laut neuesten Forschungen, kommt es auch außerhalb westlicher Industrieländer vermehrt zu Essstörungen. Vor allem in Länder die sich rasant an die westliche Kultur anpassen, wird ein Anstieg der an Essstörung erkrankten festgestellt. Auch der Anteil farbiger Menschen, die an einer Essstörung leiden, steigt. (vgl. Jäger 2008, S. 75)

Die Schlankkeitsideale der Gesellschaft spielen bei diesem Ansatz eine sehr wichtige Rolle. Gerade bei Bulimiepatienten steht das streben nach dem Schlankkeitsideal an oberster Stelle. Dabei sind drei Faktoren von großer Bedeutung: Die Massenmedien, die Peergruppe (dazu zählen Gleichaltrige und –geschlechtliche) und der elterliche Einfluss. (vgl. Jäger 2008, S. 77f.)

Die Gesellschaft setzt Attraktivität, Erfolg und Gesundheit mit einem schlanken und gepflegten Erscheinungsbild gleich. Dadurch versuchen die Frauen ständig, dieses Schlankkeitsbild zu erreichen bzw. zu erhalten. Dieses Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Anforderungen, Erwartungen und biologischen Grenzen, führt die Frauen dazu, ständig nach dem Idealgewicht zu streben und Diät zu halten. Die Diät begünstigt wiederum die Entwicklung einer Essstörung. (vgl. Vandereycken, Meermann 2000, S. 48ff.) Zahlreiche Studien belegen, dass die meisten Betroffenen, vor Beginn der Erkrankung, Diäten gemacht haben. (vgl. Herpertz-Dahlmann, Schwarte ..., S. 723) Laut Deutscher Gesellschaft für Ernährung machten bereits 18% der 12 Jährigen Mädchen eine Diät und 26% der Jugendlichen im Alter von 13 – 16 Jahren achten auf ihr Essverhalten (vgl. Hölling, Schlack 2007, S. 795).

### 2.3.1.3 Persönlichkeitsmerkmale

Menschen mit einer Anorexia nervosa sind sehr leistungsorientiert, setzen sich hohe Maßstäbe und sind sehr perfektionistisch. Sie gehen keine Risiken ein und handeln nicht spontan. Außerdem vermeiden sie Konflikte und zeigen keine Gefühle. (vgl. Fairburn 2006, S. 103f.)

Bulimische Patienten sind im Vergleich dazu eher ungehemmt, aktiv und ihre Stimmung kann sich schnell ändern (vgl. Brunner, Schulze, Resch 2012, S. 669).

### 2.3.1.4 Auslösende Faktoren

Eine Konfliktreiche Adoleszenz zählt mit zu den Auslösern einer Essstörung. In dieser Zeit verändert sich der Körper und die Anforderungen an die Jugendlichen steigen, z.B. Übernahme von Pflichten und Verantwortung. Außerdem wird das andere Geschlecht interessant und die Beziehungen zu diesem werden bedeutungsvoller. (vgl. Fichter 2007, S. 956) Einschneidende Erlebnisse, wie Verluste wichtiger Bezugspersonen können die Essstörung ebenfalls begünstigen (vgl. Gerlinghoff 2001, S. 100).

Ein Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und der Entwicklung einer Essstörung ist nicht auszuschließen. Dazu gibt es jedoch noch keine genauen Forschungen. Allerdings wird ein Zusammenhang, sowohl von Therapeuten essgestörter Patienten als auch von Wissenschaftlern, die sich mit dem Thema sexuellen Missbrauchs auseinandersetzen, beschrieben. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 72)

Auch Familiäre Erkrankungen können die Entwicklung einer Essstörung begünstigen. Bei Familien mit einer Bulimikerin wurden unter anderem vermehrt posttraumatische Belastungsstörungen, Überängstlichkeit, Substanzmissbrauch oder soziale Phobien festgestellt. Familienmitglieder anorektischer Betroffener

zeigten unter anderem Zwangsstörungen oder zwanghafte Persönlichkeitsstörungen. (vgl. Jacobi, Paul, Thiel 2004, S. 25)

Personen mit besonderen Berufsgruppen haben auch ein erhöhtes Risiko eine Essstörung zu entwickeln. Dazu zählen Models, Tänzer oder Sportler. (vgl. Herpertz-Dahlmann, Schwarte 2011, S. 722) Bei Sportlern, zählen vor allem die dazu, die eine Disziplin ausüben, bei der man ein sehr niedriges Gewicht haben muss. Das sind z.B. Skispringer, Jockeys, Ringer usw. (vgl. Jacobi, Paul, Thiel 2004, S. 28)

#### 2.3.1.5 Zusammenfassung

Bei jedem Betroffenen sind die Ursachen und die Auslöser für eine Essstörung andere. Es gibt nicht die eine Ursache von Essstörung. Die bereits genannten Erklärungsansätze und Risikofaktoren spielen eine bedeutende Rolle, dadurch wird laut heutiger Forschung von einem multidimensionalen Entstehungsmodell ausgegangen. (vgl. Gerlinghoff, Backmund 2006, S. 25)

Das heißt, die Vorgabe des gesellschaftlichen Schönheitsideals und die Identifikation mit Erfolg, Attraktivität, Leistung und Anerkennung sind genauso ein Faktor, wie die familiendynamischen Handlungsansätze. Zu diesen zählen, mangelnde innerfamiliäre Abgrenzung, innerfamiliäre Konflikte oder überfürsorgliche Erziehung. Hinzu kommen Risikofaktoren, wie die Pubertät, Stress oder der Verlust geliebter Menschen. Die bereits genannten Persönlichkeitsmerkmale wie, Leistungsorientiertheit oder Perfektionismus können zu Verunsicherungen, geringem Selbstwertgefühl oder Identitätsproblemen führen, die wiederum die Entwicklung einer Essstörung begünstigen. (vgl. Hölling, Schlack 2007, S. 794)

## **3. Prävention**

### **3.1 Definition**

Der Begriff Prävention kommt aus dem lateinischen und bedeutet Vorbeugung oder Verhütung (vgl. Duden 2004, S. 765).

Laut Hurrelmann versucht Prävention, „durch gezielte Interventionsmaßnahmen das Auftreten von Krankheiten oder unerwünschten physischen und psychischen Zuständen weniger wahrscheinlich zu machen bzw. zu verhindern oder zumindest zu verzögern“ (Hurrelmann 2007, S. 31).

Prävention wird unterteilt in die primäre, tertiäre und sekundäre Prävention. Die Primäre Prävention ist an Personen gerichtet, bei denen noch keine Erkrankung festzustellen ist. Die Sekundärprävention hat zum Ziel, die bereits vorhandenen Risikofaktoren zu verringern. Aufgabe dieser Prävention, besteht darin, eine vollausgeprägte Störung zu vermeiden, in dem man die Symptome frühzeitig erkennt. Die Tertiärprävention hat zum Ziel, Rückfälle zu vermeiden und geeignete Maßnahmen zu Rehabilitation zu finden. (vgl. Karwautz, Wagner 2008, S. 170)

Im weiteren Verlauf der Arbeit, werde ich den Fokus auf die primäre Prävention legen.

### **3.2 Primärprävention**

Primäre Prävention von Essstörungen bedeutet, „die Entstehung von Essstörungen und deren Neuerkrankungen zu verhindern, Risikofaktoren vorzubeugen und protektive Faktoren zu fördern“ (ebd.).

Diese Art der Prävention wird immer wichtiger, da man dadurch die Prävalenzrate senken bzw. einen Anstieg verhindern kann. Durch die Primäre Prävention werden den Mädchen und Jungen bestimmte Kompetenzen, Wissen, Verhaltensänderungen, Methoden usw. vermittelt, die im Idealfall dazu führen, dass sie keine Essstörungen bekommen. Vor allem bei Personen die ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Essstörung aufweisen ist die Vermittlung von Schutzfaktoren und der Abbau von Risikofaktoren wichtig. (vgl. Berger, Bormann, Brix, Sowa, Strauß 2008, S.164)

Weitere wichtige Gründe für die primäre Prävention, sind hohe Rückfallquoten und die meist sehr späte Diagnose. So erleiden z.B. 30 – 60 % der anorektischen Patienten, innerhalb von zwei Jahren einen Rückfall. (vgl. Brunner, Schulze, Resch 2012, S. 662) Umso später professionelle Hilfe angenommen wird, desto schlechter ist der Krankheitsverlauf. Ein Heilungsprozess bei einer Anorexia nervosa dauert im Durchschnitt 5 – 6 Jahre. Außerdem wurde nachgewiesen, dass selbst nach erfolgreicher Therapie, weiterhin psychiatrische Auffälligkeiten (wie z.B. Zwangsstörungen, Missbrauch von Substanzen oder Angststörungen) bestehen. (vgl. ebd., S. 661) Bei Nachuntersuchung von Bulimiepatienten wurde festgestellt, dass 25% der Betroffenen an einer affektiven Störung, 15% an einer Suchterkrankung und 13% an einer Angststörung leiden. (vgl. ebd., S. 669)

Auf Grund dieser genannten Argumente, ist eine primäre Prävention sinnvoll und wichtig.

### 3.2.1 Merkmale erfolgreicher Primärprävention

Um die Merkmale und Prinzipien für eine erfolgreiche Primärprävention zu beschreiben, werde ich mich auf Auswertungen des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie aus Jena beziehen. Durch das Institut wurden 51 evaluierte Programme in einer Metaanalyse zusammengefasst.

Um eine erfolgreiche Primärprävention durchzuführen, sollte ein Projekt verschiedene Merkmale haben. Es sollte interaktiv, selektiv und geschlechtsspezifisch sein. Außerdem sollte es mehrere Lektionen umfassen und von professionellen Fachkräften durchgeführt werden. Und die Teilnehmer müssen mindestens 15 Jahren sein. Das bedeutet, bei einem Präventionsprogramm für Essstörungen müssten Diskussionen und Kommunikation zwischen mehreren Personen stattfinden. Außerdem muss es an Mädchen gerichtet sein, die ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Essstörung zeigen. Und die Projektleiter, sollten Fachwissen zum Thema Essstörungen haben. (vgl. Berger, Bormann, Brix, Sowa, Strauß 2008, S. 159)

Kritisch sehe ich in diesen Zusammenhang, dass sich die Projekte nur an Mädchen ab 15 Jahre richten sollen und nur an die, die zur Risikogruppe gehören. Wie bereits im ersten Teil der Arbeit erwähnt, liegt der Erkrankungsgipfel der Anorexia nervosa bei 16 Jahren und der Bulimia nervosa bei 18 – 19 Jahren. Daher denke ich, dass man mit der Prävention viel eher beginnen muss. Die Präventionsprogramme sollten bereits in der Grundschule beginnen und die Kinder und Jugendlichen über die Jahre begleiten. Bereits in Kindertagesstätten könnten Kompetenzen vermittelt und Risikofaktoren vermieden werden. Wie das genau aussehen soll, werde ich später erläutern.

Außerdem würde ich die Projekte nicht nur für Jugendliche konzipieren, die ein höheres Risiko zur Entwicklung einer Essstörung zeigen. Ich denke, es ist für alle Kinder und Jugendlichen wichtig, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen, Schutzfaktoren aufzubauen und sich mit sich selbst und dem Schönheitsideal auseinanderzusetzen.

Ein wichtiger Punkt, für die Gestaltung einer primären Prävention, ist die Schaffung eines angstfreien Raumes. Das heißt, Druck, Stress, Bestrafung usw. vermeiden und eine positive Umgebung schaffen. Durch die positive Lernumgebung, wird der Aufbau neuer Verhaltensweisen, Strategien, Eigenverantwortlichkeit usw. begünstigt und alte Muster verändert. Rollenspiele spielen dabei eine sehr wichtige Rolle. Die Adressaten können sich ausprobieren und neue Strategien und Verhaltensweisen anwenden. Eine

erfolgreiche Primärprävention besteht aus dem Zusammenspiel verschiedener Methoden und Modelle. (vgl. Berger, Bormann, Brix, Sowa, Strauß 2008, S. 163f.)

Neben den bereits im Abschnitt eins aufgezählten Merkmalen, sollte ein Präventionsprogramm, auf Grund der oben genannten Dinge folgende Prinzipien enthalten:

- „- Nicht einzelne Variablen, sondern ihr Zusammenwirken führen zum gewünschten Zielverhalten (Vektor-Modell).
- Verhaltensänderung ist ein stufenweiser Prozess in kleinen aufeinander aufbauenden Schritten (Stufenmodell).
- Wichtig ist die Beachtung bekannter Risiko- und Schutzfaktoren.
- Körper, Psyche und sozialer Kontext stehen in Wechselwirkung, kein Bereich kann daher isoliert verändert werden (biopsychosoziales Krankheitsmodell).
- Einstellungsänderung durch Dissonanz-Induktion und –reduktion sind nur erreichbar über internale Attribution (Selbstverantwortlichkeit), nicht durch Abschreckung und Zwang.
- Die Schaffung einer angstfreien Unterrichtssituation (Spaß und Lust am Ausprobieren, anregende Materialien, Interaktivität, keine Noten, kein Druck) ermöglicht erst eine Verhaltensänderung und den kreativen Umgang mit Problemen.
- Modelllernen ist ein fundamentales Lernprinzip, dass in positiver Lernumgebung ein schnelles und stabiles Lernen und Umlernen von Verhaltensweisen ermöglicht“ (ebd. S. 164).

### 3.2.2 Zielgruppen

In diesem Abschnitt, möchte ich verdeutlichen, wer die Adressaten primärer Prävention sein sollte

Laut Deutscher Gesellschaft für Ernährung haben bereits 18% der 12 jährigen Mädchen eine Diät durchgeführt. Außerdem beschäftigen sich bereits Kinder im Alter von 8 Jahren mit ihrer Figur und setzen sich mit dem Idealbild aus-

einander. 53% der 8-12 jährigen Mädchen und 42% der Jungen bevorzugten eine dünne Figur und 32 % der Kinder wären, trotz Normalgewicht, lieber dünner. Während der Studie versuchten 19% der Mädchen und 18% der Jungen abzunehmen. Diese Zahlen ergeben sich aus der KiGGS-Studie. Diese wurde von Mai 2003 bis Mai 2006 durchgeführt. Das Ziel war, „repräsentative Daten vom Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-17 Jahren zu erheben“ (Hölling, Schlack 2007, S. 794). Es nahmen 8656 Mädchen und 8985 Jungen aus 167 Städten teil (vgl. ebd.).

Auf Grund dieser Zahlen, ist es wichtig, mit Prävention von Essstörungen so früh wie möglich zu beginnen. Um die Kinder, wie bereits mehrfach erwähnt, auf Risikofaktoren aufmerksam zu machen, bereits vorhandene Risikofaktoren zu minimieren und Schutzfaktoren aufzubauen.

Dabei ist es wichtig, sich nicht nur auf die Kinder zu konzentrieren, sondern auch die Eltern und pädagogischen Fachkräfte für das Thema Essstörungen zu sensibilisieren. Deshalb, gehört zu den Adressaten erfolgreicher Primärprävention von Essstörungen, Kinder und Jugendliche, Eltern und pädagogisches Fachpersonal.

Wie die Arbeit mit diesen Personengruppen aussehen kann und warum diese wichtig ist, werde ich im folgendem erläutern.

#### 3.2.2.1 Kinder und Jugendliche

Wie bereits erwähnt, liegt der Erkrankungsgipfel bei Mädchen mit einer Anorexie bei 16 Jahren. Jedoch wurden auch schon bei 10 Jährigen Mädchen Anorexien festgestellt. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 33) Der Erkrankungsgipfel der Bulimie liegt bei 18 – 19 Jahren. Aber auch hier fällt der Altersdurchschnitt. (vgl. Brunner, Schulze, Resch 2012, S. 665) Auch bei Mädchen die noch keine Essstörung haben, treten die Risikofaktoren und Ursachen für die Entwicklung einer Essstörung schon sehr früh auf. So haben



viele Jugendliche bereits ab dem 12. Lebensjahr eine Diät gemacht, sind mit ihrem Körper unzufrieden, haben mangelndes Selbstbewusstsein oder falsche Vorstellungen vom Idealgewicht. (vgl. Hölling, Schlack 2007, S. 794) Aus diesem Grund, denke ich, dass eine Prävention bereits im Kindergarten beginnen sollte und diese in der Schulzeit weitergeführt werden muss.

Im Bereich Kindertagesstätte sollte man z.B. ein ungezwungenes und eigenverantwortliches Essverhalten fördern und Körper- und Sinneswahrnehmungen trainieren (vgl. Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V.). Natürlich, können in diesem Alter noch keine Präventionsprogramme durchgeführt werden, jedoch kann man darauf achten, dass den Kindern bereits in diesem Alter z.B. verschiedene Kompetenzen vermittelt werden.

Die Hauptzielgruppe für primäre Prävention, sind Kinder ab ca. 10 Jahren bzw. zu Beginn der Adoleszenzphase mit ca. 11 Jahren. Dabei spielt die Schule, als zentrale Anlaufstelle eine wichtige Rolle. Die Prävention kann hier sowohl im Unterricht als auch in Projekten umgesetzt werden. Es muss darauf geachtet werden, dass es ganzheitlich umgesetzt wird und nicht nur einzelne Ansatzpunkte sind. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 101) Dabei müssen die in Punkt 3.2.1 genannten Merkmale und Prinzipien eingebracht werden.

In Präventionsprogrammen für Kinder und Jugendliche sollten verschiedene Inhalte vermittelt werden. Dazu zählen z.B., das lernen von Bewältigungsstrategien, die Auseinandersetzung mit der pubertären Entwicklung und die Auseinandersetzung mit dem Schönheitsideal. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 101) Den Kinder muss vermittelt werden, dass Individualität und Selbstakzeptanz wichtiger ist, als das gängige Schlankheitsideal zu erreichen. Außerdem muss ihr Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen gestärkt sowie vorhandene Ressourcen aktiviert werden. Hinzu kommt, die kritische Auseinandersetzung mit den Medien und den Anforderungen der Gesellschaft. (vgl. Karwautz, Wagner 2008, S. 171)

#### 3.2.2.2 Eltern, pädagogische Fachkräfte

Eltern und auch Fachkräfte wie z.B. Lehrer oder Erzieher, müssen für dieses Thema sensibilisiert werden. Sie sind wichtige Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen und sollten in die Arbeit einbezogen werden. Sie müssen sich außerdem bewusst werden, dass sie Vorbilder sind. Mädchen schauen sich das Essverhalten von anderen Frauen ab und bekommen oft auch von denen zu hören, dass sie ihr Gewicht halten, nicht zunehmen oder abnehmen sollen. (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz 2010, S. 101) Den Bezugspersonen muss verdeutlicht werden, dass diese oft unbewussten Aussagen große Schäden anrichten können.

Für die Arbeit mit pädagogischen Fachkräften und Eltern heißt das, sie über die Essstörungen aufzuklären. Dies sollte jedoch nicht durch einen Elternabend oder einem eintägigen Seminar gemacht werden, sondern in mehreren Sitzungen.

Dabei sollte sich die Teilnehmenden z.B. mit ihrem eigenen Essverhalten auseinandersetzen, Schönheitsideale überdenken oder Methoden lernen, wie sie ihre Kinder stärken können. Außerdem sollte sie dafür sensibilisiert werden, welche Veränderungen der Kinder ein Symptom für eine Essstörung sein kann.

#### 3.2.3 Präventionsprogramme

Im folgendem, werde ich zwei Präventionsprogramme erläutern und positive als auch negative Aspekte herausarbeiten. Dies werde ich Anhand der Merkmale und Prinzipien für eine erfolgreiche Primärprävention machen.

### 3.2.3.1 PriMa-Programm

Primärprävention Magersucht (PriMa) richtet sich an Mädchen der 6. Klassen. Dieses Programm, welches es seit 2004 gibt, setzt in diesem Alter an, da es von einem Erkrankungsgipfel der Magersucht bei ca. 15 Jahren ausgeht. Außerdem ist es nur für Mädchen, da diese ca. 10mal häufiger an einer Essstörung erkranken als Jungen. Es wird in der Schule durchgeführt und im Rahmen von Projektwochen oder als regulärer Unterricht umgesetzt. Die Dauer von PriMa beträgt Neun mal 90 minütige Einheiten. (vgl. Berger 2009, S. 234)

Die Durchführung des Programms erfolgt durch die Lehrer. Diese werden in einem eintägigen Seminar darauf vorbereitet. Dabei wird den Lehrern vermittelt, welche Inhalte die neun Unterrichtseinheiten haben sollen, sie bekommen Hintergrundwissen zum Thema und ihnen werden die dafür vorgesehenen Materialien erklärt. Die Eltern werden im Rahmen eines Elternabends über das Programm und dessen Inhalte sowie den Ablauf informiert. Das Programm sieht außerdem vor, dass die Lernumgebung ansprechend und angstfrei sein soll, um eine intensive Auseinandersetzung zu ermöglichen. (vgl. ebd.)

Abbau von Risikofaktoren und Stärkung von Schutzfaktoren sind die Ziele von PriMa. Die Mädchen sollen lernen, wie sie unter anderem mit Medien, Konflikten sowie Unsicherheiten umgehen können. Außerdem sollen sie ihr Selbstwertgefühl stärken und ein positives Körpergefühl entwickeln. Um diese Ziele umzusetzen, sollen sie sich intensiv mit der Magersucht auseinandersetzen. Dabei hat das Programm neun Schwerpunkte vorgegeben, die in der jeweiligen Einheit behandelt werden.

- „1. Schlankkeitsideale: Einstellungen bezüglich Schlankheit und Attraktivität,
2. Rebellion: Einstellung den Eltern gegenüber, insbesondere Auflehnung gegen Autorität,
3. Macht: Einstellung zu Überlegenheit anderen gegenüber und Perfektionismus,
4. Kontrollverlust: Fantasien zu Süßigkeiten und Verzicht,
5. Körperbildstörung: Einstellungen zum und Wahrnehmung des eigenen Körpers,

6. Suizidgedanken: Beziehung zu den Eltern, Hungern als Aufmerksamkeitssignal,
7. Rigide Essrituale: Umgang mit Problemen und gestörtes Essverhalten,
8. Gewichtsphobie: Abhängigkeit des Körperbildes von äußeren Einflüssen und Gewichtskontrollverhalten,
9. Depression: Einstellungen zur Essstörung und deren Folgen sowie zu Behandlungsangeboten“ (Hilbert 2009, S. 235).

Das Erarbeiten dieser Themen erfolgte durch Diskussionen, Rollenspiele oder andere Übungen. In diesem Programm, bildet die Barbiepuppe, die Basis für den Unterricht. Sie und ihre Familie werden, „in typischen Situationen, die mit der Entstehung und Aufrechterhaltung problematischen Essverhaltens zu tun haben, das schließlich in einer Essstörung münden kann“ (Berger, Bormann, Brix, Sowa, Strauß 2009, S. 160), auf Postern dargestellt. Durch die Poster angeregt, sollen die Kinder z.B. über gestörtes Essverhalten sprechen, über Schönheitsideale und Folgen von Anorexie diskutieren, eigene Körper Einstellungen überdenken usw. Um dann die bereits genannten Ziele zu erreichen. (vgl. Hilbert 2009, S. 234f.)

Um zu klären, ob das Programm erfolgreich ist, führte man unter anderem an 16 Thüringer Schulen eine Prozessevaluation durch. Dabei wurde das Projekt von allen Beteiligten als gut eingestuft. In diese Bewertung flossen Fortbildung, Auftaktveranstaltung, Poster und Projektunterricht ein. Außerdem fanden es 81% der Mädchen gut, dass nur sie an dem Projekt teilnahmen. Das nachhaltige Wissen über das Thema wurde ebenfalls gut eingeschätzt. (vgl. ebd. S. 235)

Die Effektivität von PriMa wurde unter anderem durch eine Kontrollgruppe von 42 (1006 Mädchen) Schulen überprüft. Von diesen 42 Thüringer Schulen, nahmen 20 Schulen an dem Programm teil und 22 Schulen nahmen nicht teil. Die Messung erfolgte durch Beurteilungsbögen, vor Projektstart, unmittelbar danach und 3 Monate nach Beendigung. Bei diesen Befragungen kam heraus, dass die Kontrollgruppe, die an dem Programm teilnahm erhebliche Verbesserungen im körperbezogenen Selbstwert, im Essverhalten, im Wissen

über die Essstörung und in den Einstellungen hatte, als die Kontrollgruppe, die nicht teilnahm. Dies war vor allem bei der Messung nach 3 Monaten zu erkennen. (vgl. ebd. S. 235f.)

Nach Auswertung der Evaluation, wurde das Projekt beibehalten, allerdings gibt es nun parallel zu PriMa, ein Projekt für Jungen namens TOPP und das Projekt Torera, welches sich an Jungen und Mädchen richtet und alle Essstörungen einbezieht. Diese wurden entwickelt, da sich die Schulen auch ein Programm für Jungen und auf andere Essstörungen bezogene Projekte wünschten. (vgl. Berger, Bormann, Brix, Sowa, Strauß 2008, S. 166)

Bemängeln würde ich an PriMa, dass es von Lehrkräften durchgeführt wird und diese nur einen Tag darauf vorbereitet werden. Laut den verantwortlichen, soll das Projekt von den Lehrern durchgeführt werden, „um die Nachhaltigkeit der Programmdurchführung über die Laufzeit unseres Forschungsprojekts hinaus zu gewährleisten“ (ebd. S. 165). Diesen Gedanken finde ich im Ansatz nicht schlecht. Jedoch denke ich, dass die Lehrer besser und länger für diese Aufgabe geschult werden müssten. Das heißt, mehr Fachwissen zu diesem Thema vermitteln, den Lehrern die Möglichkeit geben, ihre Arbeit zu reflektieren oder ihnen Fachpersonal wie z.B. Ernährungsberater oder Sozialarbeiter, zur Unterstützung in den Einheiten, zur Verfügung zu stellen. Natürlich haben die Lehrkraft auch ihr Fachwissen und Methoden, wie sie am besten mit den Kindern umgehen. Jedoch denke ich, dass für die Mädchen, die Lehrkraft auch ein Hindernis sein kann offen zu sprechen. Da sie evtl. schlechte Erfahrungen mit dieser Person gemacht haben oder sie mit Noten verbinden. Deshalb würde ich eine neutrale zweite Fachkraft einsetzen. Außerdem wird dadurch ein anderer Rahmen geschaffen.

Da die Adressaten dieses Projekts noch sehr jung sind, denke ich, dass man die Eltern mehr einbeziehen sollte. Das heißt, nicht nur einen Elternabend veranstalten, sondern auch den Eltern die Gefahr einer Essstörung verdeutlichen und ihnen Kompetenzen und Methoden vermitteln, wie sie z.B. ihre Kinder stärken können oder auf welche Anzeichen sie achten sollten.

Meiner Meinung nach ist das Projekt PriMa jedoch ein Beispiel für eine erfolgreiche Primärprävention. Es gibt einen angstfreien Raum und verschiedene Methoden werden angewandt. Das heißt, es gibt keine Noten oder Druck, die Mädchen können sich ausprobieren und es gibt verschiedene Materialien. Dass das Projekt geschlechterspezifisch ausgerichtet ist, ist für die Mädchen nach eigenen Angaben sehr wichtig und bietet ihnen einen geschützten Raum. Außerdem sollen die Mädchen laut dem Projekt, ihre Einstellung aus eigenem Antrieb ändern, ihr Selbstbewusstsein stärken und den Umgang mit Konflikten usw. selbst erarbeiten und nicht durch Zwang und abschreckende Beispiele in eine Richtung gedrängt werden. Dieser Punkt ist bei diesem Projekt gegeben. Die Verhaltensänderung erfolgt durch aufeinander aufbauende Schritte. Außerdem richtet sich das Modell an die Risikogruppe. (vgl. ebd. S. 164)

#### 2.2.3.2 Prävention von Essstörungen – Ein Trainingsprogramm zum Einsatz an Schulen

Dieses Projekt, erfolgt in zwei Etappen. Es richtet sich zum einen an Schüler der 6. Klassen und zum anderen an Schüler der 8. Klassen. Dabei sind sowohl Mädchen als auch Jungen dabei. In den 6. Klassen findet ein Grundtraining, in den 8. Klassen das Auffrischungstraining statt. Durchgeführt wird das Projekt von geschulten Fachkräften, die Lehrer sind dabei nicht anwesend. Es umfasst jeweils fünf Unterrichtsstunden, die innerhalb von 2 Wochen erfolgen sollten. Die Eltern werden durch einen Elternabend über das Projekt, die Ziele und Inhalte informiert. (vgl. Dannigkeit, Köster, Tuschen-Caffier 2009, S. 236)

Ziel dieses Programms ist, wie bei PriMa, die Schwächung der Risikofaktoren und die Stärkung der Schutzfaktoren. Diese Ziele sollen durch die Aneignung von Kompetenzen und geeignete Bewältigungsstrategien bei Problemen erreicht werden. Um dies zu lernen, gibt es einen festgelegten Plan für das Grundtraining und das Aufbautraining. Das Grundtraining läuft wie folgt. In der ersten Doppelstunde wird über Schönheitsideale und Medien diskutiert. In der dritten Stunde gibt es Informationen zum Thema gesunde Ernährung und Essstörungen. In der letzten Doppelstunde sollen die Jugendlichen, durch

Rollenspiele und Fallbeispiele, soziale Kompetenzen und Fertigkeiten des Problemlösens erlernen. In der zweiten Projektphase, werden in den ersten drei Unterrichtsstunden die wichtigsten Aspekte des Grundtrainings wiederholt. Außerdem werden in diesen Stunden Geschlechtsstereotypen sowie der Umgang mit kritischen Kommentaren, welche sich auf die Figur beziehen, geübt. In der letzten Doppelstunde, geht es um die pubertäre Entwicklung und um Stressbewältigung. Außerdem setzen sich die Jungen und Mädchen in dieser Einheit mit ihrem Körperbild auseinander und sollen sich wertfrei beschreiben. (vgl. Dannigkeit, Köster, Tuschen-Caffier 2009, S. 236f.)

Auch dieses Projekt wurde auf seine Effektivität hin überprüft. Die Überprüfung erfolgte mittels Fragebögen, die die Teilnehmer vor dem Projekt, nach der Durchführung der beiden Projekte und 3 Monate nach Beendigung des Auffrischungstrainings. Dabei gaben die Teilnehmer an, dass sie nach Beendigung des Projekts mehr Wissen zum Thema Ernährung erlangt hatten und es konnte festgestellt werden, dass sich ihr Selbstwertgefühl gestärkt hatte. Eine positive Einstellung zum eigenen Körper und ein gesundes Essverhalten konnten ebenfalls festgestellt werden. Erstaunlich jedoch ist, dass das Programm in der 6. Klasse besser bewertet wurde als das in der 8. Klasse. (vgl. ebd. S. 237)

Laut Evaluationsbericht, war der Erfolg des Projekts, „insbesondere bei einer Subgruppe von Schülern/innen gegeben, die ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Essstörung aufwies als die Gesamtstichprobe.“ (ebd. S.237)

Positiv an diesem Projekt war zu bewerten, dass es an zwei Altersstufen gerichtet war und die Kinder sich dadurch in verschiedenen Entwicklungsstufen befanden. Außerdem konnten sie so das bereits gelernte festigen, anwenden und bekamen neues Wissen dazu. Da sich der Körper, auf Grund der pubertären Entwicklung verändert, denke ich, dass die Wiederholung bzw. Weiterführung des Projekts in diesem Rhythmus von Vorteil ist. So beschäftigen sich die Kinder und Jugendlichen mehrmals intensiv mit ihrem Körperbild und dem Thema Essstörungen. Sie können bewusst auf die Veränderungen eingehen, sind dabei nicht allein und können ihr bereits erlerntes Wissen und er-

lernte Kompetenzen anwenden. Außerdem erfolgt auch in diesem Projekt, eine Verhaltensänderung durch aufeinander aufbauende Schritte (vgl. Berger, Bormann, Brix, Sowa, Strauß 2008, S. 164). Gut finde ich auch, dass die Unterrichtseinheiten von einer externen Fachkraft durchgeführt werden. So wird den Schülern ein angstfreier Raum geboten, in dem sie sich der Person öffnen können. Allerdings sollten die Lehrkraft nicht ganz ausgeschlossen werden. Auch sie müssten zu diesem Thema geschult werden, damit sie bei Fragen oder Problemen der Schüler, nach Abschluss der jeweiligen Phasen, kompetent reagieren können und über das Krankheitsbild informiert sind. Diesen Punkt, würde ich auch in der Elternarbeit bemängeln. Es sollte den Eltern, im Rahmen dieses Programms, die Möglichkeit gegeben werden sich intensiver mit dem Krankheitsbild auseinanderzusetzen. Dass das Projekt für Mädchen und Jungen ist, da es auch bei Jungen vermehrt zu Essstörungen kommt, würde ich positiv bewerten. Jedoch sollten die Gruppen getrennt und geschlechterspezifischer unterrichtet werden. Vorteile dafür sind z.B., dass sich die Jungen und Mädchen auf ihren Körper konzentrieren können und mit Problemen auseinandersetzen, die sie in einer geschlechterunspezifischen Gruppe nicht ansprechen würden.

Auch das Projekt »Prävention von Essstörungen – Ein Trainingsprogramm zum Einsatz an Schulen« ist meiner Meinung nach, ein Beispiel erfolgreicher Primärprävention. Trotz kleiner Mängel, erfüllt es die Merkmale einer guten Prävention, wie z.B. Risikogruppenorientiertheit, von Fachpersonal durchgeführt, mehrere Themen umfassend und die aktive Teilnahme der Adressaten. (vgl. ebd. S. 159f.)

### 3.2.3.3 Zusammenfassung der Projekte

Die Projekte hatten sowohl negative als auch positive Merkmale für eine erfolgreiche Primärprävention. Laut Evaluationsberichten, gaben die Teilnehmer die gleichen Veränderungen bzw. Verbesserungen an. Das heißt, in beiden Projekten, wurden Veränderungen im Selbstbewusstsein festgestellt, es kam zu



Verbesserungen im Essverhalten und Einstellungen zum Körper wurden geändert. Auch die Ziele der Projekte waren identisch. Abbau von Risikofaktoren und Stärkung von Schutzfaktoren, sind meiner Meinung nach, die wichtigsten Ziele einer Primärprävention. (vgl. Berger 2009, S. 236; Dannigkeit, Köster, Tuschen-Caffier 2009, S. 237)

Die Gestaltung der Projekte, war etwas unterschiedlich aber im Ansatz ähnlich. PriMa setzte bei der Umsetzung auf Lehrkräfte und der Zeitraum für die neun Lektionen (9x90Minuten) war nah beieinander und nur auf eine Altersklasse ausgelegt. Prävention von Essstörungen – Ein Trainingsprogramm zum Einsatz an Schulen wurde für zwei Altersstufen entwickelt und lief über zwei Jahre. Die Gesamtdauer der Einheiten war jedoch kürzer (10x45Minuten). Die Leitung des Projekts wurde von Fachpersonal durchgeführt. Der Aufbau der Projekte war Stufenweise und Schritt für Schritt. Außerdem wurden verschiedene Methoden eingesetzt und den Kindern ein geschützter Raum geboten. (vgl. Berger 2009, S. 234; Dannigkeit, Köster, Tuschen-Caffier 2009, S. 236)

Ich denke, eine Mischung aus beiden Projekten wäre ideal für ein erfolgreiches Präventionsprogramm. Das heißt z.B., der Zeitrahmen von Prävention von Essstörungen und die Dauer der Einheiten von PriMa oder die Zusammenarbeit von Fachkräften und Lehrern. Außerdem sollten die Seminare geschlechtsspezifisch, wie bei PriMa, sein. An der Elternarbeit sollte noch gearbeitet werden.

Abschließend kann ich sagen, dass die Projekte die Merkmale und Grundprinzipien für eine erfolgreiche Primärprävention enthalten und diese umsetzen. Außerdem schätzten die Teilnehmer die Projekte positiv ein (vgl. Berger 2009, S. 236; Dannigkeit, Köster, Tuschen-Caffier 2009, S. 236).

## **4. Fazit**

Jeder Mensch ist individuell und so sind auch die Symptome, Ursachen usw. einer Essstörung nicht bei jedem Patienten gleich. So sind auch bei den Diagnosekriterien mehrere Symptome zu berücksichtigen, bevor man von einer Essstörung spricht. Dabei kann man nicht von einer Essstörung sprechen, da sich die Essstörungen oft nahtlos ineinander übergehen. Zu den Gemeinsamkeiten zählen unter anderem, dass die Betroffenen eine Gewichtszunahme um jeden Preis verhindern wollen. Dafür verweigern sowohl anorektische als auch bulimische Patienten das Essen. Sie schämen sich für ihr Verhalten und haben Schuldgefühle. Außerdem richten sie ihren ganzen Tagesablauf nach der Krankheit aus. Ihre Gedanken kreisen ständig um Nahrungsmittel, Kalorien und Gewichtszu- bzw. abnahme. Die Krankheit können sie über einen langen Zeitraum verstecken. Anorexie wird durch das äußere Erscheinungsbild der Betroffenen meist eher entdeckt. Anorexiepatientinnen sind stark untergewichtig, Bulimiepatienten sind dagegen eher normalgewichtig. Frauen mit einer Bulimie erleben die Entdeckung eher als Erleichterung, wo hingegen Anorexiepatienten Hilfe strikt ablehnen.

Auch die Erklärungsansätze müssen in einem multidimensionalen Modell gesehen werden. Es gibt nicht die eine Ursache. Es sind mehrere Ansätze sowie auslösende Faktoren, die die Entwicklung einer Essstörung begünstigen.

Durch die Erarbeitung der Erklärungsansätze und die den theoretischen Umgang mit dem Thema Essstörungen, bin ich der Meinung, dass die Prävention ein sehr wichtiger Aspekt in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist.

Essstörungen sind ein sehr wichtiges Thema für die Soziale Arbeit. Viele Kinder und Jugendliche beschäftigen sich mit ihrem Körper, Diäten, Mode usw. Hier muss die Soziale Arbeit ansetzen. Die primäre Prävention spielt dabei eine wichtige Rolle. Sie kann dabei z.B. durch Beratungsangebote in Institutionen oder der Schulsozialarbeit umgesetzt werden. Außerdem kann man Projekte

zum Thema Essstörungen leiten und durchführen. Dabei ist die Arbeit mit den Kindern, Eltern oder pädagogischen Fachkräften wichtig.

Wie bereits erwähnt, ist die Primärprävention ein wichtiges Mittel, um die steigenden Zahlen von Essstörungen zu senken. Dabei ist es wichtig, bestimmte Kriterien und Prinzipien zu beachten. Außerdem sollte die Prävention für Kinder und Jugendliche als auch für Bezugspersonen zugänglich gemacht werden.

Den Adressaten muss verdeutlicht werden, dass es kein Idealgewicht und Schönheitsbild gibt, welche Folgen Essstörungen haben können und wie man dagegen steuert. Außerdem müssen die Risikofaktoren abgebaut und Schutzfaktoren aufgebaut werden.

Es muss noch mehr Prävention stattfinden, dann hat sie auch Erfolg. Die Adressaten müssen die Verhaltensänderungen selbst erarbeiten, damit sie erfolgreich umgesetzt werden können. Dabei ist ein ganzheitlicher Ansatz sehr wichtig.

# **Literaturverzeichnis**

## **Bücher:**

Berger (2009): Primärprävention Magersucht (PriMa). In: Lohaus, Arnold; Domsch, Holger (Hrsg.). Psychologisches Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes und Jugendalter. Heidelberg: Springer. S. 227 – 238.

Brunner, Romuald; Schulze, Ulrike; Resch, Franz (2012): Essstörungen. In: Fegert, Jörg M.; Eggers, Christian; Resch, Franz (Hrsg.). Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalter. 2.Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 653 - 677.

Dannigkeit, Köster; Tuschen-Caffier (2009): Prävention von Essstörungen – Ein Trainingsprogramm zum Einsatz an Schulen. In: Lohaus, Arnold; Domsch, Holger (Hrsg.). Psychologisches Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes und Jugendalter. Heidelberg: Springer. S. 236 – 238.

Duden (Hg.) (2004): Die deutsche Rechtschreibung. 23. Auflage. Graphische Betriebe Langenscheidt: Berchtesgaden.

Fairburn, Christopher G. (2006): Ess - Attacken stoppen. Ein Selbsthilfeprogramm. 2. Auflage. Hubert & Co.: Göttingen.

Fichter, M., M. (2007): Essstörungen. In: Möller; Laux; Kapfhammer (Hrsg.). Psychiatrie und Psychotherapie. 3. Auflage. Springer Medizin Verlag: Heidelberg. S. 950 – 970.

Gerlinghoff, Monika (2001): Magersüchtig. Eine Therapeutin und Betroffene berichten. Weinheim und Basel: Beltz.

Gerlinghoff, Monika; Backmund, Herbert (2006): Ess-Störungen. Fachwissen Krankheitserleben Ess-Programme. Weinheim und Basel: Beltz.

Habermas, Tilmann (2008): Prävention der Essstörungen. In: Herpertz, de Zwaan, Zipfel (Hrsg.). Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg: Springer Medizin. S. 4 – 8.

Herpertz-Dahlmann, Beate; Schwarte, Reinhild (2011): Anorexia nervosa. In: Meinschmidt; Schneider; Margraf (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 4: Materialien für die Psychotherapie. S. 720 – 737.

Jacobi, Corinna; Paul, Thomas; Thiel, Andreas (2004): Essstörungen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe.

Jäger, Burkhard (2008): Soziokulturelle Aspekte der Essstörungen. In: Herpertz; de Zwaan; Zipfel (Hrsg.). Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg: Springer Medizin. S. 75 – 81.

Karwautz, Andreas; Wagner, Gudrun (2008): Prävention der Essstörungen. In: Herpertz; de Zwaan; Zipfel (Hrsg.). Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg: Springer Medizin. S. 170 - 174.

Ortmann, Karlheinz; Waller, Heiko (Hrsg.) (2005): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Baltmannsweiler: Schneider.

Pudel, Volker; Westenhöfer, Joachim (1998): Ernährungspsychologie. Eine Einführung. 2.Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

Stahr, Ingeborg; Barb-Priebe, Ingrid; Schulz, Elke (2010): Essstörungen und die Suche nach Identität. Ursachen und Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten. 5.Auflage. Weinheim und München: Juventa.

Teufel, Martin; Zipfel, Stefan (2008): Anorexia nervosa und Bulimia nervosa im Erwachsenenalter. In: Herpertz; de Zwaan; Zipfel (Hrsg.). Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg: Springer Medizin. S. 14 – 18.

Vandereycken, Walter; Meermann; Rolf (2000): Magersucht und Bulimie. Ein Ratgeber für Betroffene und ihre Angehörigen. 1.Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

### **Zeitschriften:**

Berger, U.; Bormann, B.; Brix, C.; Sowa, M.; Strauß, B. (2008): Evaluierte Programme zur Prävention von Essstörungen. In: Ernährung. Essstörungen. Jahrgang 2008. Heft 4. S. 159 – 167.

Hölling H.; Schlack, R. (2007) Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Band 50. Heft 5/6. S. 794 – 799.

### **Internet:**

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013): Durch dick und dünn – Prävention von Essstörungen bei Teenagern. <http://gesundheitsforschung-bmbf.de/de/2228.php>. 30.09.13.

Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (o.J.): Leibeslust. Prävention von Essstörungen. <http://www.netzwerk-ernaehrung.schleswig-holstein.de/downloads/NetzwerkErnneuFlyerLeibeslust.pdf>. 28.11.13

## **Erklärung**

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.